Die

Beziehungen der Fibroide des Uterus

zu

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

unter dem Präsidium

des Herrn Obermedicinalrath Professor

Dr. von Hecker

der medicinischen Facultät zu München

vorgelegt von

Ernst Löhlein,

approb. Arzte.

München, 1880.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Die

Beziehungen der Fibroide des Uterus

zu

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

unter dem Präsidium

des Herrn Obermedicinalrath Professor

Dr. von Hecker

der medicinischen Facultät zu München

vorgelegt von

Ernst Löhlein,

approb. Arzte.

München, 1880.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Seinem Vater

aus Dankbarkeit gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554609_0103

Die Beziehungen der Fibroide des Uterus zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Die Fibroide (Myome, Fibromyome, Leiomyome) des Uterus an und für sich sind zwar ein äusserst häufiges Vorkommniss, allein ihre Complication durch Gravidität ist doch immerhin so selten, dass es nicht uninteressant sein dürfte, im Folgenden einen noch nicht beschriebenen Fall von Fibroma uteri neben Gravidität, mit einer Anzahl anderer der Literatur entnommener einschlägiger Fälle zusammenzuhalten und die Beziehungen des Fibroma uteri zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett etwas näher ins Auge zu fassen.

Was zunächst die Fibroide im Allgemeinen betrifft, so theilt man dieselben je nach ihrem Verhältniss zur Wand des Uterus ein in: Subseröse oder Subperitoneale, Submucöse und Interstitielle oder Intramurale.

Am bedeutungsvollsten für die Geburtshülfe sind die interstitiellen, die in die Wand des Uterus eingebetteten Fibrome. Was die Vertheilung auf die einzelnen Abschnitte des Uterus anbetrifft, so hat Winckel folgende Tabelle, die 115 Fälle von Fibroiden umfasst, aufgestellt:

	Vordere Wand.	Hintere Wand.
Subseröse	17	6
Intraparietale	23	30
Submucöse	2	5

Die übrigen 32 Fälle vertheilen sich theils auf die Cervix, theils auf den Fundus, theils hatten sie ihren Sitz zwischen den Blättern des Ligamentum latum, d. h. sie waren von den Seitenwandungen des Uterus ausgehend zwischen dieselben hineingewachsen. Als Praedilectionsort nimmt Winckel die hintere Wand an.

Die Grösse der Fibroide schwankt von der einer Erbse bis zu der eines Mannskopfes, dabei kommen sie einzeln oder in grösser Anzahl vor, so sah Schultze bei einer 83 jährigen Frau einen Uterus mit mindestens 50 Fibroiden.

Ueber die Zeit der Entstehung gehen die Angaben der Autoren noch weit auseinander, zur Beobachtung gelangen die Geschwülste am häufigsten bei Frauen im Alter von 30 bis 40 Jahren. Pathologisch anatomisch besteht das Fibrom aus denselben Elementen, wie der Mutterboden auf dem es wächst, d. h. aus glatten Muskelfasern und aus Bindegewebe; überwiegen die ersteren, so nennt man die Geschwulst Leiomyom, überwiegt das letztere, so nennt man sie Fibromyom. Auf dem Durchschnitt lässt eine derartige Geschwulst häufig schon mit blossem Auge die Faserzüge des Bindegewebes erkennen, welche gewöhnlich annähernd concentrisch verlaufen. In der Regel sind die Geschwülste nur schwach vascularisirt, jedoch kommen manchmal Formen von echt cavernösem Bau vor, welche von Virchow als Myoma telangiectodes s. cavernosum beschrieben wurden.

Die Umwandlungen, denen ein derartiges Neoplasma unterworfen sein kann, beruhen auf

1) Einfach oedematöser Durchfeuchtung mit Atrophie der Muskelsubstanz; ein derartig degenerirter Tumor kann sehr leicht Fluctuation vortäuschen.

2) Fettdegeneration der Muskelzellen, wodurch der Tumor in einen Zustand übergeführt werden kann, in welchem er unter sonst günstigen Verhältnissen der Resorption zugänglich werden und völlig verschwinden kann.

3) Auf myxomatöser Entartung, wodurch grössere oder kleinere Theile der Geschwulst in eine schleimige Masse umgewandelt werden können.

Ferner kann ein Fibroid durch Entziehung der resorbirbaren Stoffe induriren und schliesslich verkalken.

Schliesslich sei noch die Cystöse Entartung, sowie die Umwandlung des Myoms in ein Myosarkom erwähnt.

Eine Veränderung anderer Art, die jedoch gewöhnlich erst die Folge äusserer Eingriffe oder schwerer Allgemeinerkrankung des Organismus ist, lernen wir in der Vereiterung und Verjauchung des Fibroids kennen.

Nachdem wir uns somit im Allgemeinen orientirt haben, wollen wir noch einen kurzen Blick auf die Frage nach der Aetiologie dieser Geschwülste werfen.

Früher führte man als aetiologische Momente für das Vorkommen der Fibroide die Sterilität und die Abstinenz vom Geschlechtsgenuss an. Was den letzteren Punkt betrifft, so waren nach Schröder unter 514 von ihm selbst, sowie von West, Dupuytren und Routh behandelten Kranken 421 also 81,9% verheirathet, eine Prozentzahl, die uns veranlasst, gerade die durch Geschlechtsgenuss bewirkte Reizung des Uterus als aetiologisches Moment hinzustellen.

Was die Sterilität betrifft, so ist dieselbe nicht als Ursache, sondern vielmehr als eine Folge der Fibroide aufzufassen. Nach Schröder verhindern subperitoneale Fibroide die Conception nur, wenn sie eine sehr beträchtliche Grösse erreicht haben, wichtiger sind die interstitiellen, in die Höhle des Uterus theilweise hineinragenden; bei Anwesenheit grösser submucöser Geschwülste ist nach demselben Autor Conception wohl nur in den seltensten Fällen möglich.

Bedingt ist die Sterilität durch Lageveränderungen, die das Fibroid, besonders das subperitoneale, am Uterus hervorbringt, durch Verzerrung seiner Höhle, Knickung der Tuben und dadurch bewirkte Obliteration derselben, endlich dadurch,

dass z. B. ein grösseres submucöses Fibroid, indem es die Uterushöhle völlig ausfüllt, das Zusammentreffen von Sperma und Ei unmöglich macht.

Nach West waren von 50 Frauen mit Fibroiden 43 verheirathet, von diesen waren 7, also 16,3% steril, während die übrigen 36 zusammen 61 Kinder geboren und 28 Mal abortirt hatten, so dass, die Abortus mit eingerechnet, auf jede Frau im Durchschnitt nur 2,47 Geburten kamen. Schröder gibt an, dass von 169 von ihm selbst und anderen behandelten verheiratheten Kranken 50, also sogar 29,5% steril waren. Ist nun aber trotz Anwesenheit von Fibroiden Conception erfolgt, so werden dadurch Verhältnisse geschaffen, die nach den verschiedensten Richtungen hin von grösstem geburtshülflichen Interesse sind.

Was zunächst die Verwechselung zwischen Gravidität und Fibroid betrifft, so ist dieselbe dadurch bedingt, dass der Uterus auf den Reiz des in ihn eingebetteten fremden Körpers gerade so reagirt, wie auf den Reiz des in seine Schleimhaut eingepflanzten Eies, er wird im gegebenen Falle in seiner Totalität an Masse zunehmen und so für einen schwangeren gelten können. Nimmt man hinzu, dass Fibroide, die oft in grösserer Anzahl an einem und demselben Uterus vorkommen, bei der äusseren Palpation kleine Kindstheile vortäuschen können, dass ferner bei grossen Fibroiden ein dem Uteringeräusch gleiches auscultatorisches Phaenomen zuweilen beobachtet wird, so erscheint eine derartige Verwechselung nicht mehr so wunderbar und nur durch die genaueste Untersuchung vermeidbar. Fernerhin ist der Fall möglich, dass bei gleichzeitigem Vorhandensein von Gravidität und Fibroid, das letztere Symptome macht, die eine Zwillings-Schwangerschaft annehmen lassen. Man findet das Abdomen in einem solchen Falle sehr stark ausgedehnt, prall gespannt, hört die kindlichen Herztöne, findet vielleicht einen Kopf vorliegend und ausserdem kann man hoch oben

am Uterus einen zweiten Kopf durch Palpation entdeckt zu haben glauben, zumal da bei praller Spannung der Bauchdecken die Palpation immer ziemlich unsicher ist. So kann man in dem sicheren Glauben an eine Zwillings-Schwangerschaft befangen sein, bis nach der Geburt des Kindes sich der erwartete Zwilling als Fibroid entpuppt.

Ein anderer, wenn auch seltenerer Irrthum, zu welchem ein Fibroid unter Umständen führen kann, besteht darin, dass man glaubt, eine Ovariencyste vor sich zu haben, wie in dem Falle den Hecker im II. Bande seiner Klinik der Geburtskunde, pag. 133, beschreibt. Es handelte sich hier um eine Person, bei der man mit aller Sicherheit eine uniloculäre Ovarialcyste diagnosticirt hatte; man machte mit dem Troikar eine Punktion und entleerte eine enorm grosse Menge reinen, strohgelben Eiters. Die Patientin ging bald darauf an Marasmus zu Grunde und bei der Section stellte sich der vermeintliche Ovarientumor als ein grosses, subperitoneales von der vorderen Wand des stark geknickten und nach links verdrängten Uterus entspringendes Fibroid heraus, dessen Inneres in eine grosse Abscesshöhle umgewandelt war. Hier hatte die Geschwulst theilweise einen Schmelzungsvorgang durchgemacht, dessen Produkte im Leben die Fluctuation veranlasst hatten.

Wir kommen nun zu der Frage nach dem Einflusse, welchen Gravidität auf ein gleichzeitig vorhandenes Fibroid ausübt.

Schon a priori ist durch den Affluxus sanguinis zum Uterus, wie er physiologisch während der Schwangerschaft eintritt, die Bedingung für ein rascheres Wachsthum der gleichzeitig am Uterus vorhandenen Geschwulst gegeben; dass dies auch wirklich der Fall, ist durch vielfache Beobachtungen constatirt, so führe ich hier nur kurz einen Fall von Weber in Lemberg an, der eine Kranke beobachtete, bei welcher ein Fibroid unter dem Einflusse der Schwangerschaft

so enorm rasch gewachsen war, dass der Leibesumfang einer Gravidität kurz vor ihrer Beendigung entsprach, während nach der Berechnung der Patientin sie erst im 4. Monat schwanger sein konnte. Es trat dann eine heftige Blutung in Folge von Placenta praevia ein, die Placenta wurde entfernt und ein Foetus zu Tage gefördert, der ungefähr dem IV. Monate entsprach. Nach der Operation befand sich die Frau ganz wohl, das Fibroid bestand unverändert fort.

Eine derartige Zunahme des abnormen Inhaltes wird andererseits natürlich nicht ohne Reaction von Seite des übermässig ausgedehnten Uterus bleiben. Der Uterus wird auf den Reiz der Geschwulst, besonders einer interstitiellen, anfänglich mit Hypertrophie seiner Muskulatur, späterhin aber auch mit Contractionen antworten und suchen, sich seines Inhaltes zu entleeren zu einer Zeit, in der die Frucht die zur normalen Geburt erforderliche Reife noch nicht erlangt hat. Diese frühzeitigen Contractionen können aber auch zu einer theilweisen Ablösung der Placenta und somit zu heftigen Blutungen führen, die oft im Interesse der Mutter die künstliche Frühgeburt erheischen. Zur Illustration des eben Gesagten führe ich hier nochmals die Zahlen von West an, der unter 89 Geburten bei 36 Frauen mit Fibroid 28 Mal Abortus beobachtete; es trat demnach in 31,4% der Geburten ein Abortus auf, eine Zahl, welche den bedeutenden Einfluss unserer Geschwülste auf die Unterbrechung der Schwangerschaft in erschreckender Weise darthut.

Es kann jedoch auch ein Fibroid während der Gravidität völlig symptomlos bleiben und erst bei der Geburt auf die eine oder andere Weise seine Anwesenheit verrathen, resp. bei der Untersuchung entdeckt werden.

Zunächst sei es mir gestattet zur Illustration des Satzes, dass selbst sehr grosse Fibroide häufig kein Geburtshinderniss abgeben, einige Geburtsgeschichten hier anzuführen.

Ich beginne mit einem Falle, der in der Praxis des

Herrn Dr. Stieler vorkam und dessen gütiger Mittheilung ich die einschlägigen Notizen verdanke. Das Präparat des Uterus befindet sich in der hiesigen kgl. Gebäranstalt, und wurde mir durch die Güte des Herrn Obermedicinalrathes Professor Dr. von Hecker zugänglich.

Der Fall betraf die 37 jährige Frau K. Dieselbe war immer regelmässig menstruirt, und hatte bereits vor einigen Jahren ein lebendes Kind unter normalen Verhältnissen geboren. Im Januar 1880 fühlte sich die K. am Ende ihrer zweiten Schwangerschaft, welche ganz normal verlaufen war und insbesondere niemals Blutungen im Gefolge gehabt hatte.

Am 24. Januar 1880 nahm Patientin ärztliche Hülfe in Anspruch, nachdem bereits eine beträchtliche Menge Fruchtwassers abgeflossen war. Bei der inneren Untersuchung fand man anfänglich den ganzen Beckenraum angefüllt von einer ungefähr kindskopfgrossen, festen Geschwulst, die von der hinteren Muttermundslippe auszugehen schien, und die leicht als Fibroid gedeutet werden konnte. Die kindlichen Herztöne waren links von der linea alba deutlich wahrnehmbar, kleine Kindestheile nirgends mit Sicherheit zu fühlen. Die Wehenthätigkeit war eine sehr energische.

Als man nach einigen Stunden wiederum untersuchte, war das Hinterniss bereits überwunden und der Kopf in das kleine Becken eingetreten, worauf dann spontan nach 36 stündiger Geburtsdauer ein frisch abgestorbenes, völlig ausgetragenes Kind in I. Scheitellage geboren wurde. Die Placenta wurde manuell entfernt und sodann Carbolirrigationen gemacht, welche in diesem Falle wegen der langen Geburtsdauer besonders indicirt waren, zumal das abgeflossene Fruchtwasser trübe und von unangenehmem Geruche war. Das Wochenbett verlief von vorneherein ungünstig. Patientin fieberte andauernd und zwar erreichte das Fieber eine Höhe von 39°—40° C., während objectiv ausser einer etwas gesteigerten Empfindlichkeit des Unterleibes und mässigem,

etwas übelriechendem Ausfluss keine Ursache für dasselbe aufgedeckt werden konnte. Unter den Erscheinungen einer puerperalen Erkrankung erfolgte dann am 28. Januar 1880, ohne dass sich die localen Erscheinungen gesteigert hatten, der Tod am fünften Tage des Wochenbettes.

Bei der Section fand man einen mässigen Grad von Endometritis puerperalis und an der der Uterushöhle zugewandten Seite des Fibroids eine circa thalergrosse oberflächlich gangränöse Stelle der Schleimhaut. Im Bauchraume fand man wenig blutig-seröse Flüssigkeit, kein Exsudat. Der Uterus war der Sitz zweier verschieden grosser Tumoren, die sich beide als interstitielle Fibroide erwiesen. Das grössere hatte seinen Sitz an der hinteren Muttermundslippe etwas nach links von der Medianlinie, hatte eine fast völlig kugelige Form und mass in seinem grössten Durchmesser 10 ctm. Die Geschwulst fand sich in die Substanz des Uterus selbst so eingelagert, dass ca. $^3/_5$ der Geschwulst in die Peritonealhöhle und $^2/_5$ in die Uterushöhle hineinragten. Die Muskulatur, welche die Neubildung schalenartig umgibt und aus der sich dieselbe mit den Fingern ganz leicht herauslösen lässt, hat auf der Innenseite eine Dicke von 2—3 Millimeter, auf der Aussenseite, nach dem Peritoneum hin, ist sie beträchtlich dünner.

Die nach der Peritonealhöhle zu gelegene Hälfte der Geschwulst bietet dem tastenden Finger knollige, jedoch nur wenig ausgesprochene Unebenheiten dar. Fluctuation oder nur Erweichung ist nirgends zu fühlen. Auf dem Durchschnitt zeigt die Geschwulst die Farbe der Uterusmuskulatur nur etwas blasser; im Uebrigen ist sie von der bekannten Structur der Fibroide abwechselnd Muskelsubstanz und Bindegewebe. Von Erweichungsherden findet sich auch nach dem Aufschneiden in der Geschwulst keine Spur. Der zweite kleinere Tumor findet sich nahezu in der Medianlinie in die hintere Uteruswand nahe dem Fundus eingebettet, er hat die

Grösse eines Apfels, misst 4 ctm. im Durchmesser und bietet im Uebrigen ganz dieselben Verhältnisse wie der grössere Tumor dar.

Der Uterus sammt den Geschwülsten wiegt 1370 gr., seine Länge beträgt 20 ctm., Breite 14 ctm., Dicke 7 ctm.

Die Dicke der Muskulatur in der Nähe der Geschwulst beträgt 2 ctm. Die übrigen Adnexa des Uterus bieten keine Anomalie dar, ebenso ist der Befund der übrigen Organe ein völlig normaler.

Eine fassbare Todesursache ergibt also die Section nicht, ein Punkt, den wir später noch berühren werden.

Wenn man den herausgenommenen Uterus mit den Geschwülsten betrachtet, so begreift man wohl die lange Dauer der Geburt, da das Eintreten des Kopfes in das kleine Becken durch die grosse an der hinteren Muttermundslippe sitzende Geschwulst behindert war, nicht aber, wie es der Natur möglich war, das Hinderniss so vollständig zu überwinden, zumal da unsere Geschwulst sehr fest ist und somit jedem Drucke einen beträchtlichen Widerstand entgegensetzte.

Für die Möglichkeit und das thatsächliche Vorkommniss, dass derartige Hindernisse öfter überwunden werden, als man anzunehmen geneigt ist, kann man darin eine Erklärung suchen, dass Fibroide doch immer in gewissem Grade compressibel sein müssen, abgesehen natürlich von den verkalkten, zweitens darin, dass sie nach einer oder der anderen Seite ausweichen können und drittens in dem Umstande, dass, da ja der Uterus sich wie eine Kappe am Foetus zurück, resp. in die Höhe zieht, er auch in seine Wandungen eingebettete Geschwülste mit in die Höhe ziehen und somit Platz für den vorliegenden Kindestheil schaffen wird, eine Möglichkeit, die in unserem Falle noch durch die Abwesenheit jeglicher Adhaesionen des Tumors mit seiner Umgebung begünstigt war.

Was die Compressibilität der Tumoren betrifft, so constatirte S p i e g e l b e r g bei einem interstitiellen Fibroide des

unteren Uterinabschnittes eine Verflachung in der Eröffnungsperiode, während nach der Geburt des in Steisslage gebornen, unreifen, macerirten Kindes sich sehr rasch die ursprüngliche kugelige Form der Geschwulst wieder herstellte.

Einen anderen Fall, welcher ebenfalls zeigt, dass selbst sehr grosse Fibrome, ohne die Geburt wesentlich zu beeinflussen, dieselbe compliciren können und der auch noch in anderer Hinsicht äusserst interessant und belehrend ist, entnehme ich dem 26. Bande des M. f. G. Derselbe ist von v. Hecker beschrieben und ungefähr folgender.

Eine 38 jährige Erstgebärende bot bei der äusseren Untersuchung das täuschende Bild einer Zwillings-Schwangerschaft dar, bei der inneren Untersuchung fand man eine Fusslage. Nach 8½ stündiger Eröffnungsperiode sprang die Fruchtblase und dabei wurde die Nabelschnur aus dem Uterus herausgeschwemmt, wesshalb man zur Beschleunigung der Geburt zur Extraction schritt, die sehr leicht von Statten ging. Das Kind, ein völlig ausgetragener Knabe, war leicht asphyctisch und starb nach 30 Stunden. Nach der Geburt trat eine profuse Blutung aus dem Uterus auf, die nach der manuellen Entfernung der Placenta stand. Bei diesem Eingehen in den Uterus stellte sich nun auch der immer noch erwartete Zwilling als ein enorm grosses Fibroid heraus. Während des Wochenbettes stellten sich schmerzhafte Contractionen des Uterus und am 3. Tage desselben mit einer merklichen Zunahme der Geschwulst Fieber ein. Die Zunahme des Tumors machte auch noch in den nächsten Tagen langsam Fortschritte, es stellte sich Erbrechen grüner Massen ein, die Temperatur stieg auf 40,5 und am 6. Tage des Wochenbettes erfolgte der Tod unter dem Bilde einer mässigen Peritonitis.

Die Section ergab trübe, röthlich gefärbte Flüssigkeit im Abdomen und leichte Injection der Peritonealgefässe, wässerige Blutbeschaffenheit.

Der Uterus selbst hing wie ein Appendix an der Geschwulst, die in seine Vorderwand eingebettet war.

Uterus selbst sowie seine Adnexa frei von Erkrankung. Beide Fimbrien und Ovarien mit der Umgebung verlöthet, die linke Tuba war mit der Sonde undurchgängig, die rechte frei.

Die Geschwulst zeigte noch nach der Herausnahme deutlich Fluctuation, beim Einschneiden fand man jedoch nicht die erwarteten Erweichungsprodukte, sondern die Substanz des Tumors stellte sich nur als stark gequollen dar.

Ein weiterer hieher gehöriger Fall desselben Autors betraf eine 28 jährige Frau, welche vor 14 Jahren ein lebendes Kind ohne Kunsthülfe geboren hatte und seitdem nicht mehr schwanger geworden war. Zur Zeit, als sie zur Untersuchung kam, war die Unterscheidung ob Schwangerschaft, oder Fibroid, oder beides zugleich, sehr schwer. Man fühlte bei der Palpation des Unterleibes 5—6 rundliche, feste, bis mannsfaustgrosse Geschwülste, die schon bei der äusseren Besichtigung zu constatiren waren. Foetale Herztöne konnten nicht gehört werden, dagegen nahm man das Uteringeräusch in der linken Mutterseite wahr. Bei der inneren Untersuchung fand man auf dem vorderen Scheidengewölbe einen schweren Körper aufliegend, der allenfalls Kopf sein konnte und rechts davon eine grosse nicht verschiebbare Geschwulst, die ebenso wie die obenerwähnten Tumoren als Fibroma gedeutet wurde. Die Befürchtungen, die man in Folge dieses Befundes für die Geschwulst gehegt hatte, gingen nicht in Erfüllung, vielmehr kam die Frau vier Wochen später ohne Kunsthülfe mit einem lebenden Knaben nieder. Nach einem Jahre starb die Frau an Diabetes mellitus und bei der Section fand man neben mehreren interstitiellen Fibroiden ein grosses, subperitoneales von 16 ctm. Durchmesser am Fundus uteri und ein zweites von 14 ctm. Durchmesser, den Douglas'schen

Raum ausfüllend. Beide waren von einer derben, theilweise Kalkeinlagerungen enthaltenden Schale umgeben und es schien unglaublich, dass unter den gegebenen Verhältnissen Schwangerschaft und Geburt hatten Statt finden können.

Einen weiteren, von demselben Autor beobachteten Fall muss ich ebenfalls als hiehergehörig noch anführen.

Eine 42 jährige Erstgebärende wurde in die Gebäranstalt zu München gebracht, nachdem sie 2 Stunden zuvor ohne Kunsthülfe einem lebenden, noch nicht völlig ausgetragenen Kinde das Leben geschenkt hatte.

Die Mutter starb 6 Stunden post partum in Folge einer bereits weit vorgeschrittenen, tuberkulösen Lungenentzündung, nebst Stauung in den Nieren, nachdem zuvor noch eine beträchtliche Blutung aus dem Uterus erfolgt war. Die Section ergab ausser der bereits intra vitam diagnosticirten, tuberkulösen Lungenentzündung noch ein grosses, interstitielles der vorderen Uteruswand eingefügtes Fibroid. Die Zahlen für den Uterus sammt Geschwulst ergaben sich wie folgt:

Gewicht 1450 grm., Länge 29 ctm., Breite 11 ctm., Dicke $4^1/_4$ ctm., Dicke der Wandung am Körper $1^3/_4$ ctm., in der Nähe des Fibroids $3^1/_2$ ctm., Höhe des Fibroids $6^3/_4$ ctm., dasselbe war nach der Uterushöhle zu von der Substanz des Uterus in der Dicke eines Centimeters überkleidet und bestand aus mehreren Knollen, von denen der gerade, in der Mittellinie liegende, Fluctuation zeigte und beim Aufschneiden eine rothe Erweichungspulpe hervorquellen liess, die sich nach Hecker gewiss schon seit längerer Zeit gebildet haben musste. Dieser Fall gehört indess nur insoweit hieher, als das Fibroid, trotz seiner Grösse, ohne erschwerenden Einfluss auf die Geburt blieb, inwieweit es auf das ohnehin schon im höchsten Grade gefährdete Leben der Mutter einwirkte, mag dahingestellt bleiben.

Wir haben in Obigem einige Fälle kennen gelernt, in denen das Fibroid ohne besonderen Einfluss auf die Geburt

an und für sich blieb, dass jedoch der Uterus auch, unter allerdings eminent günstigen Fällen, sich während der Geburt des Afterproductes für immer entledigen kann, geht aus einer interessanten Geburtsgeschichte hervor, welche Valtorta mittheilt und die ich im Auszuge folgen lasse.

Eine 28 jährige, stets gesunde Primipara hatte seit 42 Stunden Wehen, worauf sich der Uterus langsam auf eine Weite von 2 Zoll zu öffnen begann. Nach weiteren 16 Stunden drang plötzlich eine fleischige Substanz durch die Vulva mit einer Vertiefung in der Mitte, die man bei der ersten Untersuchung, wie sich nun herausstellte, für den Muttermund gehalten hatte; der obere Theil des Tumors war noch mit den inneren Theilen verwachsen, man fühlte jetzt hinter der Geschwulst den völlig erweiterten Mundermund. Während man sich gerade anschickte die Zange anzulegen, fiel plötzlich die ganze Masse aus der Scheide heraus und es konnte nun mit Leichtigkeit ein lebendes Kind extrahirt werden. Das Wochenbett verlief ohne Störung. Es hatte sich offenbar hier um ein submucöses Fibroid mit einem ziemlich dünnen, zerreissbaren Stiele gehandelt, welcher dem an ihm wirkenden Zuge nachgeben und somit das Fibroid ans Tageslicht treten lassen musste.

Wir haben bis jetzt mit einer einzigen Ausnahme nur Kopflagen kennen gelernt und müssen uns fragen, ob Fibroide nicht auch einen Einfluss auf die Kindeslagen ausüben. Was diesen Punkt betrifft, so schreibt Schröder in seinem Lehrbuche der Geburtshülfe denselben einen bedeutenden Einfluss auf die Bestimmung der Lage der Frucht zu und zitirt an der betreffenden Stelle eine Statistik von Tolotschinow (Wiener Med. Presse 1868, Nr. 30), nach welcher auf 25 Kopflagen, 13 Beckenendlagen und 10 Querlagen trafen. Unter den Hecker'schen Fällen findet sich noch eine unvollkommene, erste Knielage, deren Geschichte ich hier kurz mittheilen will.

Der Fall betraf eine 36 jährige Primipara, die bei der äusseren Untersuchung eine rechts vom Uterus gelegene, nicht näher diagnosticirbare Geschwulst darbot; die innere Untersuchung stellte eine Knielage fest, wegen des Langsamerwerdens der foetalen Herztöne ging man mit der Hand ein, streckte den Fuss und extrahirte an demselben ein hochgradig asphyctisches, jedoch wiederbelebtes Kind. Nach der Geburt trat in Folge der Incarceration der Placenta eine enorme Nachblutung ein, die jedoch mit der Entfernung der Placenta stand. Das Wochenbett verlief unter hohem Fieber bei Mangel an Localerscheinungen und am 9. Tage trat der Tod unter dem Bilde der Erschöpfung ein. Die Section stellte ein grosses von der rechten Seitenwand des Uterus ausgehendes und zwischen die Blätter des gleichzeitigen breiten Mutterbandes hineingewuchertes Fibroid fest, ein dünner diphtheritischer Beleg der Innenfläche des Uterus, eine etwas vergrösserte Milz, ein schlaffes Herz und dünnflüssiges Blut in den Gefässen war der übrige Befund, so dass die Frage nach einer fassbaren Todesursache unentschieden blieb. Betont wird in diesem Falle von Hecker, dass die Maasse des Uterus nicht diejenigen waren, welche man in der Regel selbst bei an Puerperalfieber verstorbenen Wöchnerinnen aus dieser Zeit zu finden pflegt, sondern dass in diesem Falle die regressive Metamorphose nur geringe Fortschritte gemacht hatte. Der Uterus wog mit der Geschwulst 2340 grm., seine Länge betrug 19 ctm., seine Breite 11 ctm. und die Dicke seiner Wandung noch 2 ctm.

Einen anderen Fall, in welchem eine Steisslage vorhanden war, und der noch besonders interessant ist durch die seltene Umwandlung des Fibroids im Wochenbett, beschreibt Spiegelberg. Derselbe betraf eine 40 jährige Fünftgebärende, welche bereits seit 4 Jahren die Geschwulst bemerkte; während der Schwangerschaft traten Blutungen aus dem Uterus auf, und wurde dieselbe in Folge davon

durch einen Abortus unterbrochen. In der Nachgeburtsperiode trat nochmals eine heftige Blutung auf und während des Wochenbettes starb die Frau unter den Symptomen einer Peritonitis. Bei der Section fand man ein grosses interstitielles Fibroid im Fundus uteri von 13 ctm. Länge und 11 ctm. Breite. Die Geschwulst war sehr succulent und enthielt unregelmässig gestaltete, theils isolirte, theils confluirte Höhlen, die von gelblicher schleimig-eitriger mit fibrinösen Flocken reich durchsetzter Flüssigkeit erfüllt waren. In gleicher Weise fand man Eiterung in der Umgebung der Geschwulst, ferner Endometritis und Peritonitis, sowie eine frische, ulceröse Endocarditis der Aortenklappen mit zahlreichen capillären Embolieen in den verschiedensten Organen. In den bisher beschriebenen Fällen ging mit Ausnahme zweier, bei welchen ohne Mühe extrahirt werden konnte, die Geburt spontan von Statten, was aber soll von Seite des Geburtshelfers geschehen, wenn das Fibroid ein ernstliches Geburtshinderniss darstellt?

Im Allgemeinen lässt sich wohl als Regel aufstellen, so lange keine Gefahr im Verzug, ruhig zuzuwarten, da die Geburt oft wider alles Erwarten spontan verläuft selbst in Fällen, in denen man schon die Sectio caesarea in Betracht gezogen hatte.

Was die Geburtshülflichen Operationsmethoden, die uns zu Gebote stehen, betrifft, so wird man von der Zange erst Gebrauch machen können, wenn der Kopf bereits ins kleine Becken eingetreten, und so ein dasselbe verengendes Fibroid bereits überwunden ist. Ist aber der Kopf durch ein den Beckeneingang versperrendes Fibrom am Herabsteigen gehindert, so kann natürlich von einer Anlegung der Zange keine Rede sein. In einem solchen Falle wird man den Versuch machen müssen, den vorliegenden Tumor mit der Hand zu reponiren, aus dem kleinen Becken hinauszudrängen. Gelingt diese Manipulation und es tritt dann der Kopf herab, so kann man, falls Eile geboten ist, die Zange anlegen und

extrahiren, tritt er jedoch nicht in das kleine Becken ein und es ist Gefahr im Verzug, so wird man auf die Reposition die Wendung mit nachfolgender Extraction folgen lassen müssen.

Einen Fall, in welchem die Reposition wider Erwarten gelang, beschreibt v. Hecker.

Derselbe betraf eine 22 jährige Erstgebärende, bei welcher ein grosses Fibroid der hinteren Uteruswand den Douglas'schen Raum so eingenommen hatte, dass man zwischen Tumor und Symphyse nur mehr 2 Finger in die Höhe bringen konnte, wobei man die an die Schamfuge angepresste und ganz in die Quere verzogene Vaginalportion fühlte. Die Repositionsversuche, die in tiefer Chloroformnarkose auf dem Querbette vorgenommen wurden, waren nach längerem Bemühen plötzlich von Erfolg gekrönt. Die Geschwulst war aus dem kleinen Becken verschwunden. Nach 4 Stunden war der Kopf ins kleine Becken eingetreten und es wurde nunmehr die Zange angelegt und nach 25—30 schweren Tractionen ein todtes Kind in erster Vorderscheitellage extrahirt.

Das Wochenbett verlief ohne jede unangenehme Störung.

Wir haben oben bereits die Indication für die Wendung gegeben, was aber soll geschehen, wenn man trotzdem die Geburt nicht zu Ende führen kann, wenn man den Kopf an dem das Becken verengenden Tumor nicht vorbeibringen kann?

In diesem Falle bleibt nur mehr die Perforation des nachfolgenden Kopfes übrig, denn wollte man die Extraction mit Gewalt erzwingen, so könnte man sehr leicht eine Ruptura uteri erzeugen, und zudem nicht einmal ein lebendes Kind erhalten.

Es kann jedoch auch der allerdings denkbar ungünstigste Fall eintreten, dass der Tumor, der den ganzen Beckenraum ausfüllt, durch allseitige Verwachsungen in demselben fixirt, wie eingemauert ist und aller Repositionsversuche spottet;

dann allerdings bleibt nur mehr die Sectio caesarea als einziger Weg, auf dem die Entbindung möglich, und zwar wird man um so eher zu derselben schreiten müssen, je sicherer man sich von dem Leben des Kindes überzeugt hat.

Eine hieher gehörige Operation beschreibt Breslau in Zürich. Es handelte sich um eine 35jährige Frau, welche in 8jähriger Ehe zum ersten Male concipirt hatte. Bei der inneren Untersuchung fand man einen kindskopfgrossen unverschieblichen Tumor, der wie ein „hölzerner Klotz" die ganze obere Hälfte des kleinen Beckens ausfüllte und als Fibrom gedeutet wurde. Da die Herztöne deutlich zu hören waren und Breslau der Ansicht war, dass eine Geburt per vias naturales in diesem Falle unmöglich sei, so entschloss er sich zur Sectio caesarea. Die Operation förderte ein lebendes Kind zu Tage, indessen war die Blutung eine so enorme, dass die Mutter 22 Stunden nach der Operation verschied.

Bei der Section ergab sich ausser einer grösseren Anzahl kleinerer Fibroide ein grosses in die hintere Cervixwand eingebettetes 5″ 6‴ in der Höhe messendes Fibroid, welches durch allseitige Verwachsungen mit seiner Umgebung innig verbunden war, so dass in diesem Falle der Versuch der Reposition, der übrigens gar nicht gemacht wurde, wohl nicht zum Ziele geführt hätte. Sitzt ein Fibroid tief unten am Cervix, so kann man in günstigen Fällen den Weg für das Kind durch Enucleation des Tumors frei machen, wie es Danyau gethan, (Schmidts Jahrb. B. 71, August 1851) der bei einer 30jährigen Viertgebärenden die Operation mit Glück ausführte. Das Fruchtwasser war bereits seit 40 Stunden abgeflossen, bei der inneren Untersuchung fand man einen Fuss vorliegend, während die Beckenhöhle fast völlig von einer Geschwulst erfüllt war, welche von der verdickten hinteren Muttermundslippe auszugehen schien und nur noch einen Raum von $^3/_4$ bis $1^1/_4$ Zoll zwischen sich und der

Schambeinfuge übrig liess. Das Kind war bereits abgestorben. Unter Leitung zweier Finger der linken Hand ging Danyau durch den Muttermund ein und enucleirte durch einen Schnitt mit dem Bistouri eine Geschwulst von 20 Unzen Gewicht, deren längster Durchmesser 5¾ Zoll betrug. Hierauf wurde das Kind extrahirt. Die Genesung der Mutter erfolgte ohne üble Zufälle. Aehnliche Operationen führten Braxton, Hicks und Wallace aus.

Wenn wir nunmehr das über den Einfluss der Fibroide auf die Geburt Gesagte kurz zusammenfassen, so können wir sagen, dass im Allgemeinen die Störungen mechanischer Art seltener sind, als man anzunehmen geneigt ist, und dass das Hinderniss sehr häufig ohne Kunsthülfe von der Natur überwunden wird. Was den Einfluss der Fibrome auf die Lage des Kindes betrifft, so kann man annehmen, dass grössere von den Wänden der Gebärmutter ausgehende und in deren Höhle hineinragende nicht leicht ohne bestimmenden Einfluss auf die Lage der Frucht bleiben werden. Da der Steiss mit den Beinen ein grösseres Volumen hat, als das Kopfende, und demgemäss auch gewöhnlich in den geräumigsten Theil des Uterus zu liegen kommt, und als solcher ist der Fundus zu bezeichnen, so wird bei Verengerung dieses Raumes der Steiss naturgemäss nach unten ausweichen müssen und auf diese Weise lassen sich die oben mitgetheilten von Tolotschinow angegebenen Zahlen für die Häufigkeit der Steiss- und Querlagen erklären.

Fibroide des Cervix hingegen werden für die Lage der Frucht wenig in Betracht kommen, dagegen haben wir sie von grosser Bedeutung als Geburt verzögerndes, eventuell verhinderndes Moment kennen gelernt.

Was den Einfluss unserer Geschwülste auf das kindliche Leben betrifft, so wird dasselbe nur insofern berührt, als es überhaupt unter Verzögerungen der Geburt und Behinderungen derselben leidet. Eine seltene Einwirkung eines

Fibroms auf den kindlichen Schädel theilt Dr. Johann Michauck in seiner Inaugural-Dissertation 1866 mit. Ein Fibroid der hinteren Uteruswand hatte in der Weise auf den Kopf des Kindes eingewirkt, dass der obere Theil des Gesichtes, sowie die linke Schläfengegend auffällig abgeflacht war, wodurch der Kopf ein eigenthümliches einseitiges Aussehen, das in geringem Grade auch später noch bestand, erlangt hatte. Wir kommen nunmehr zum letzten Punkte unseres Themas, nämlich zur Feststellung des Einflusses der Fibrome auf das Wochenbett.

Was zunächst die Nachgeburtsperiode betrifft, so kommen Blutungen in derselben häufig vor, da der Uterus in Folge der in seine Wandungen eingebetteten Geschwülste sich nicht gleichmässig fest contrahiren kann. Auffallend bleibt es, dass in einigen der oben beschriebenen Fälle, in denen die Blutung keine unmässige war, doch die darauffolgende Erschöpfung so hochgradig war, dass sich die Kranken nicht mehr erholten, sondern derselben zum Opfer fielen.

Wir wenden uns nunmehr zu den Veränderungen, die das Fibrom selbst im Puerperium erleidet. Der denkbar günstigste Fall ist der, dass die Geschwulst sich aus ihrer Umgebung loslöst und dann spontan unter Wehen ausgetrieben wird, ein Vorgang, den schon Hippokrates bei der Frau des Gregorius in Larissa beobachtete; oder aber es kann die Neubildung in den Rückbildungsprozess des Uterus hineingezogen, und so deren Resorption angebahnt werden, nachdem zuvor die muskulären Elemente derselben eine Fettdegeneration durchgemacht haben. Einen Fall, in dem mehrere sicher constatirte Fibroide im Wochenbette schwanden, führt Lemberg in der Monatsschrift f. Geb. B. XXIV und Schröder berichtet von zwei mässig grossen interstitiellen Fibroiden bei einer Fünftgebärenden, die 6 Wochen nach der Entbindung soweit zurückgebildet waren, dass keine Spur mehr von ihnen entdeckt werden konnte. Dr. Hermann

Löhlein schliesslich theilt in der Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie 3 Fälle mit, von denen besonders der erste dadurch interessant ist, dass er neben einander den Einfluss der Gravidität und des Puerperiums auf ein Fibrom zeigt. Er betraf eine Frau, bei welcher beim Eintritte der ersten Conception bereits ein ansehnliches Fibrom vorhanden war, welches nach der Geburt nur sehr langsam an Grösse abnahm, während einer zweiten Schwangerschaft wieder grösser wurde und in dem auf dieselbe folgenden Puerperium eine Hand in Hand mit demselben gehende Rückbildung erfuhr.

Leider jedoch gehen diese Resorptionsprozesse meistens mit sehr schweren Gefahren für das mütterliche Leben einher. In den meisten der oben angeführten Fälle trat während des Wochenbettes der Tod unter den Erscheinungen eines Consumptionsfiebers ein, für welches die Section keinen genügenden Grund aufdecken konnte. Einigemale war Erweichung im Innern der Geschwulst nachweisbar und dadurch die Annahme nahe gelegt, dass durch Uebergang dieser Erweichungsprodukte in die mütterliche Blut- und Säftemasse zuweilen ein Zustand geschaffen wird, der mit Septikämie grosse Aehnlichkeit hat. In unserem speciellen Falle allerdings war an der Geschwulst keine vorgeschrittene Erweichung zu constatiren und trotzdem erfolgte der tödtliche Ausgang, für den sich keine fassbare Ursache post mortem auffinden liess.

Eine andere Gefahr für das mütterliche Leben liegt darin, dass das Fibroid durch einen während der Geburt erlittenen Insult zu entzündlichen Prozessen angeregt werden kann, die in der Folge zur Abscedirung in der Umgebung der Geschwulst und in ihr selbst führen können. Der so gebildete Eiter kann nach dem Peritoneum hin durchbrechen und wie in dem oben angeführten Fall von Spiegelberg eine tödtliche Peritonitis hervorrufen.

In allerdings sehr seltenen Fällen kann aber auch der Durchbruch durch die Bauchdecken nach aussen und somit, wenn auch unter mancherlei Gefahren, doch schliesslich Heilung erfolgen, wie in dem Falle den Neugebauer beschreibt, der eine 35 jährige Frau betrifft, die, Trägerin eines Fibroids, bereits 5 Mal ohne jede Kunsthülfe geboren hatte. Vier Wochen nach der Niederkunft stellten sich plötzlich heftige Schmerzen im Unterleibe ein und es entwickelte sich unterhalb des Nabels eine fluctuirende Geschwulst, aus der eine Menge Eiter und Gewebstrümmer des Fibroids entleert wurden, bis schliesslich die Heilung erfolgte.

Es braucht jedoch keine dieser Veränderungen einzutreten, das Fibroid kann unversehrt aus dem Puerperium hervorgehen, um im Verlaufe der Zeit einem Indurations- oder auch Verkalkungsprozesse anheimzufallen, wenn ihm nicht vielleicht durch eine weitere Schwangerschaft Gelegenheit zu den oben beschriebenen Umwandlungs-Prozessen gegeben wird.

Im Uebrigen sind diese Prozesse nicht nothwendig an das Puerperium gebunden, sie kommen in seltenen Fällen auch ausserhalb desselben vor, sowie der Beginn der im Wochenbett constatirten Veränderungen sich oft mit Sicherheit in die Schwangerschaft zurückdatiren lässt.

Fassen wir zum Schluss unser Urtheil über die Complication der Schwangerschaft mit Fibrom zusammen, so müssen wir dieselbe zu den allerernstesten rechnen, da sie auf die verschiedenste Weise das Leben der Mutter gefährden kann und der tödliche Ausgang in solchen Fällen leider nicht zu den Seltenheiten gehört.

Zum Schlusse spreche ich meinem hochverehrten Lehrer, dem Herrn Obermedicinalrath Professor Dr. von Hecker, für die gütige Ueberlassung des Materials meinen tiefgefühltesten Dank aus.

Literatur.

Lehrbuch der Geburtshülfe von Schröder. V. Auflage.

Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane von Schröder, aus dem Handbuche der Speciellen Pathologie und Therapie von v. Ziemssen. X. Band.

Klinik der Geburtskunde von Hecker. II. Band.

Lehrbuch der Frauenkrankheiten von Dr. Charles West, ins Deutsche übertragen von Dr. W. Langenbeck.

Monatsschrift für Geburtshülfe. Band XXIV, XXV, XXVI, XXVIII, XXIX, XXXI.

Schmiedt, „Neuere Beobachtungen über Fibro-Myome" in Schmidts Jahrbüchern. Jahrgang 1877.

Schmidts Jahrbücher, Jahrgang 1869.

Sammlung klinischer Vorträge von R. Volkmann. Nr. 98.